（様式１）

**介護員養成研修受講費助成申請書**

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 　人　 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者名

　介護員養成研修受講費の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者  （介護事業所） | 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 事業所種別 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 | 職名：　　　　　　　　　　氏名： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講者  （介護職員） | （フリガナ）  氏　名 |  |
|  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護員養成研修  実施機関 | 実施機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 研修日程 | 令和　　年　　月　　日　～令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金額  （上限55,000円） | 受講料等 | 円（受講料及び教材費） |
| 事業所負担額 | 円（領収書等記載金額） |
| 助成申請額 | 円（事業所負担額の2/3・100円未満切捨） |

（添付書類）

１　介護員養成研修実施機関が発行する受講料等の領収書（写）※事業所が負担したと分かるもの

２　受講した介護員養成研修の開催要項（写）

３ 受講した介護員養成研修のカリキュラム（写）

４　介護職員の雇用を証明する書類（雇用契約書、労働条件通知書、内定通知書等）（写）